

## Solo per uso interno, non inviare questo modulo

Questa scheda facoltativa può essere utilizzata per preparare l'invio di un caso all'indirizzo [dr.clearcorrect.com](mailto:dr.clearcorrect.com)

### Informazioni di base

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome del medico \_\_\_\_\_

Nome del paziente \_\_\_\_\_

Sesso del paziente  Maschio  Femmina Data di nascita del paziente \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Durata  Raccomandata  Limitare a \_\_\_\_ passaggi Calendario di utilizzo  1 settimana  10 giorni  2 settimane  3 settimane

Trattare le arcate  Arcata superiore  Arcata inferiore Tipo di dentizione  Permanente  Dentizione mista (approccio estetico non applicabile)

### Problema principale

### Approccio terapeutico

#### Estetica

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Migliorare l'overjet  | <input type="checkbox"/> Nessuno stripping (IPR, riduzione interprossimale) | <input type="checkbox"/> Livellare i margini gengivali              | <input type="checkbox"/> Mantenere le linee mediane iniziali |
| <input type="checkbox"/> Migliorare l'overbite | <input type="checkbox"/> Nessun engager                                     | <input type="checkbox"/> Migliorare solo la linea mediana superiore |  |
|  | <input type="checkbox"/> Non muovere i premolari                            | <input type="checkbox"/> Migliorare solo la linea mediana inferiore |  |

#### Correzione arcata completa

##### Relazione dei Molari

Destra  Conservare  Correggere

Sinistra  Conservare  Correggere

##### Relazione dei Canini

Destra  Conservare  Correggere

Sinistra  Conservare  Correggere

#### Classe I

- Includere tagli per elastici
- Piano di estrazione
- Piano per casi chirurgici

#### Classe II

- Includere tagli per elastici
- Piano di estrazione
- Piano per casi chirurgici
- Includere IPR posteriore

#### Classe III

- Includere tagli per elastici
- Piano di estrazione
- Piano per casi chirurgici

### Stato di salute dei denti (facoltativo)

#### Spaziatura

- Distribuire gli spazi per il lavoro di restauro

#### Morso crociato

- Non correggere il morso crociato posteriore
- Piano per casi chirurgici
- Includere rampe per morso posteriori

#### Morso profondo

- Intrudere solo gli anteriori inferiori
- Mantenere la curva di Spee
- Includere rampe per morso posteriori
- Includere rampe per morso anteriori

#### Affollamento

- Nessuno stripping (IPR, riduzione interprossimale)
- Nessuna espansione dell'arcata
- Distalizzazione posteriore
- Piano di estrazione

#### Morso aperto

- Includere tagli per elastici
- Piano di estrazione
- Piano per casi chirurgici

Linea mediana superiore  Conservare  Migliorare  Corretto (sinistra/destra) \_\_\_\_\_ mm

Linea mediana inferiore  Conservare  Migliorare  Corretto (sinistra/destra) \_\_\_\_\_ mm

N. caso

## Istruzioni

**Non muovere questi denti** (ponti, denti anchilosati, ecc.)

	1	2	3	4	5	6	7	8		9	10	11	12	13	14	15	16		
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	32	31	30	29	28	27	26	25		24	23	22	21	20	19	18	17		

**Estrarrò questi denti prima del trattamento**

	1	2	3	4	5	6	7	8		9	10	11	12	13	14	15	16		
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	32	31	30	29	28	27	26	25		24	23	22	21	20	19	18	17		

**Evitare engager su questi denti** (ricostruzioni facciali, ecc.)

	1	2	3	4	5	6	7	8		9	10	11	12	13	14	15	16		
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	32	31	30	29	28	27	26	25		24	23	22	21	20	19	18	17		

**Lasciare aperti questi spazi**

	1	2	3	4	5	6	7	8		9	10	11	12	13	14	15	16		
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	32	31	30	29	28	27	26	25		24	23	22	21	20	19	18	17		

## Istruzioni aggiuntive